

lizează extrema spațiilor retroperitoneale: contopirea spațiilor pararenal anterior și posterior cu fasciile renale ale spațiilor anterior și posterior pararenal, unirea fasciilor mai jos de rinichi într-un tract-plan fascial, care se numește și spațiul retroperitoneal infrarenal. În regiunea protuberanței această fascie continuă și se unește cu spațiul retrocecal. Pe aceste imagini se evidențiază că spațiul retroperitoneal este o structură anatomică destul de complexă, care se extinde de la diafragmă către bazinul mic. Teoretic, în anumite condiții procesele patologice se pot răspândi de la regiunea cervicală până la vezica urinară.

Concluzii. Cunoașterea anatomiei structurilor retroperitoneale și a caracteristicilor anatomice complexe ale interacțiunii organelor, fasciilor, țesutului adipos ale spațiului retroperitoneal, oferă imaginea clară despre căile posibile de răspândire a diferitelor procese patologice în spațiul retroperitoneal, în particular, a hemoragiilor retroperitoneale posttraumatice, care permite alegerea optimă a tacticii de conduită a acestui grup de bolnavi.

Bibliografie

1. Daly K.P., Ho C.P., Persson D.L. *Traumatic Retroperitoneal Injuries: Review of Multidetector CT Finding*. Radiographics, 2008; 28(6):1571-1590.
2. Ishikawa K., Tohira H., Mizushima Y., Matsuoka. *Traumatic retroperitoneal hematoma spreads through the interfascial planes*. J. Trauma, 2005; 59(3):595-608.
3. Lee S.L., Ku Y.M., Rha S.E. *Comprehensive reviews of the interfascial plane of the retroperitoneum: normal anatomy and pathologic entities*. Emerg Radiol., 2010; 17(1):3-11.
4. Murgu C. *Hematomul retroperitoneal*. București: Ars Academica, 2009: 14-21
5. Willmann J.K., Roos J.E., Platz A. *Multidetector CT: detection of active hemorrhage in patients with blunt abdominal trauma*. Am. J. Roentgenol., 2002; 179(2):437-44.
6. Горшков С.З. *Закрытые повреждения органов брюшной полости и забрюшинного пространства*. Москва: Медицина, 2005: 167-176.
7. Ермолов А.С. *Абдоминальная травма*. Глава 53. *Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т.* (под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко). Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2009: 341-425.
8. Лебедев Н.В. *Лечебно-диагностическая тактика при повреждениях живота у пострадавших сочетанной травмой*: Автореф. дис. д-ра мед. Наук, Москва, 2003: 30.
9. Сергиенко В.И., Петросян Э.Л., Фраучи И.В. *Топографическая анатомия и оперативная хирургия в 2 т.* 2-е изд. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2007; 318-323.
10. СМОЛЯР А.Н. *Забрюшинное кровоизлияние при переломах костей таза*. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова, 2009; 8:48-51.

Rezumat

În articol este prezentată anatomia structurilor retroperitoneale, ca un set complex de interdependențe ale organelor, fasciilor, țesutului adipos, planurilor interfasciale, ce se extind de la diafragmă spre bazinul mic. Este efectuată o analiză a secțiunilor TC, oferind o imagine clară despre anatomia structurilor retroperitoneale și modalitățile posibile de răspândire a hemoragiilor retroperitoneale posttraumatice.

Summary

The article presents the anatomy of the retroperitoneal structures, such as a complex interrelated set of: organs, fascia, fat, interfascial planes, extending from the diaphragm to the small pelvis. An analysis of the CT image slices was performed, giving a clear view about the anatomy of the retroperitoneal structures and possible ways of spread of posttraumatic retroperitoneal hemorrhage.

Резюме

В статье представлена анатомия структур забрюшинного пространства, с описанием их взаимосвязи: органы, фасции, жировая ткань, которые простираются от диафрагмы до малого таза. Анализ КТ обеспечивает четкую картину анатомии забрюшинных структур и возможных путей распространения посттравматических забрюшинных кровоизлияний.

CĂILE DE RĂSPÂNDIRE A HEMORAGIILOR RETROPERITONEALE ÎN TRAUMATISMUL PELVIOABDOMINAL

Irina Paladii, cercetător științific
USMF „Nicolae Testemițanu”, Laboratorul de
Chirurgie Hepato-Pancreato-Biliară, Centrul
Național Științifico-Practic de Medicină Urgentă

Introducere. Una dintre cele mai dificile probleme în medicina de urgență este traumatismul asociat pelvioabdominal sever [12, 3, 5-8, 10]. Potrivit datei literaturii de specialitate, lezarea oaselor bazinului în 21-100% din cazuri se complică cu hematom retroperitoneal [1-3, 5, 10]. În ultimii ani, frecvența de depistare a hematomului retroperitoneal a crescut în mod semnificativ, fapt ce se datorează în mare parte creșterii capacităților tehnice de diagnostic fix. Creșterea numărului pacienților politraumatizați cu hemoragii retroperitoneale prezintă un vast material clinic, iar letalitatea, spre regret, constant ridicată duce la acumularea materialului patomorfologic ce le oferă specialiștilor posibilitatea de a examina în detalii sursele și modalitățile de răspândire a hematomului

retroperitoneal în traumatismul pelvioabdominal. În prezent nu există o modalitate sigură de a prognoza răspândirea hemoragiilor retroperitoneale [1-4, 6, 10], fapt ce agravează strategia de diagnostic şi de tratament în acest grup de pacienţi, contribuind la sporirea letalităţii.

Scopul lucrării constă în studierea căilor de răspândire a hemoragiilor în spaţiul retroperitoneal în caz de traumatism pelvioabdominal.

Materiale şi metode. Studiul se bazează pe o analiză amplă a datelor expertizei medico-legale şi clinice pe un lot de 155 pacienţi cu traumatism pelvioabdominal, complicat cu hemoragii retroperitoneale, trataţi în CNŞPMU, în anii 1998-2009, bărbaţi – 106 (68,38%), femei – 49 (31,61%). Raportul bărbaţi/femei este de 2,16:1. Vârsta medie a bărbaţilor – $39,76 \pm 15,59$ ani, a femeilor – $36,95 \pm 16,58$ ($p > 0,05$). Cauzele principale ale traumatismului sunt: accidente de circulaţie – 98 (63,22%), catatraumatismele – 45 (29,03%), traumatismele prin strivire – 8 (5,16%), lovitura directă – 4 (2,58%). La pacienţii din lotul de studiu a predominat traumatismul închis – 141 (90,96%) de cazuri, faţă de cel deschis – 14 (9,03%) cazuri ($p > 0,05$). La toţi cei 155 pacienţi s-au depistat fracturi ale bazinului şi hemoragii retroperitoneale. Toţi au fost supuşi unui examen clinic general şi tratamentului corespunzător. Spre regretul nostru, letalitatea a fost de 41,93% (65 decedaţi). La baza lucrării se află rezultatele investigaţiilor accidentaţilor: USG; radiologice, TC etc.; datele intervenţiilor chirurgicale: laparoscopia, laparotomia; rezultatele expertizei medico-legale a 65 (41,93%) de decedaţi, cu metode complexe patologo-anatomice.

Luând în consideraţie diversitatea datelor, sursele şi zonelor de răspândire a hematoului retroperitoneal, a apărut necesitatea de sistematizare a acestora. A fost folosită clasificarea zonală a acestuia, luând în consideraţie localizarea anatomică a hemoragiilor în spaţiul retroperitoneal, propusă de Sheldon G.F. (1984) [2, 3, 5].

Rezultate şi discuţii. La examenele clinic şi medico-legal s-a determinat că zonele şi caracterul leziunilor tisulare aproape întotdeauna corespundea cu proiecţiile de aplicare a forţei traumatice externe şi valorii sale fizice. Din 14 cazuri înregistrate cu traumatism deschis, 9 cazuri erau situate direct superior zonei cu cele mai masive lezări ale organelor interne ale abdomenului şi bazinului. La majoritatea pacienţilor cu traumatism al rinichilor ori/şi regiunilor lombare au fost înregistrate în fişele medicale datele de anamneză şi ale examenului clinic, prezenţa semnelor traumatiche în regiunea lombară.

Am analizat datele metodelor instrumentale de diagnostic: radiologice, USG, TC. Cu ajutorul radio-

logiei poate fi determinată zona hematoului în fracturile oaselor pelviene şi ale coloanei vertebrale, în absenţa unor leziuni asociate ale organelor. Organele interne – rinichii, intestinul, vasele sangvine, hematoul – pot fi vizualizate clar numai după contrastarea artificială, care este inacceptabilă pentru acest grup de pacienţi. Nu a fost posibil de urmărit radiologic răspândirea hemoragii retroperitoneale în acest lot de studiu. Numeroasele date ecografice ale structurilor retroperitoneale în traumatism s-au dovedit a fi puţin informative şi nu au fost acceptate în studiul nostru. Informaţii preţioase în depistarea sursei de hemoragie şi a zonelor de răspândire a sângelui în retroperitoneu ne-a oferit TC, dalele căreia sunt aproape identice cu datele intervenţiilor chirurgicale şi ale studiului patomorfologic, aflându-se în corelaţii corespunzătoare. Dintre investigaţiile instrumentale, TC este metoda de bază [1, 3, 4, 6] de studiere a surselor şi căilor de răspândire a hemoragiilor retroperitoneale.

Datele laparoscopiei, laparotomiei în privinţa depozitării hemoragiilor retroperitoneale au fost semnificativ informative, fiind, confirmate prin studiul patomorfologic al celor 65 de decedaţi. Trebuie remarcat faptul că informaţiile obţinute la laparoscopie şi laparotomie în unele cazuri au fost incomplete privind amploarea, volumul de hemoragii retroperitoneale; cu toate acestea, datele cu privire la răspândirea zonală coincideau.

Analiza datelor a demonstrat că TC şi laparotomia sunt metodele cele mai informative pentru depistarea localizării şi a căilor de răspândire a hemoragiilor retroperitoneale posttraumatice.

Rezultatele finale de diagnostic, ale intervenţiei chirurgicale şi datele studiului patomorfologic despre sursele, zonele de răspândire a hemoragii retroperitoneale la 155 de pacienţi cu traumatism pelvioabdominal sunt prezentate în tabelele 1 şi 2. Sunt luate în consideraţie patru zone clasice anatomice de răspândire a hemoragiilor retroperitoneale [2-5], sunt înregistrate toate combinaţiile posibile ale zonelor anatomice. În funcţie de zonele de răspândire a hematoului posttraumatic, pacienţii sunt divizaţi în 4 grupuri: 1) 4 (2,58%) traumatizaţi la care hemoragia retroperitoneală (HR) a fost localizată în I zonă – central-medial, ca rezultat al traumatismului duodenului, pancreasului, diafragmei; 2) 16 (10,32%) pacienţi – HR în a II zonă, pararenală: lezarea rinichilor, suprarenalelor, colonului etc.; 3) 74 (47,74%) pacienţi – HR în a III-a zonă, pelviană, cu traumatizarea oaselor pelviene, vezicii urinare, vaselor retroperitoneale ş.a.; 4) 61 (39,35%) bolnavi – HR a fost localizat în mai multe zone mixte – I, II, III (tabelul 1).

Datele obţinute: cel mai mare număr de cazuri de HR corespunde zonei III – 47,74 %, iar 39,35% din

cazuri de HR corespund zonelor mixte și se plasează pe locul 2; 10,32% din cazuri de HR le deține zona II, iar cel mai mic număr de cazuri de HR – 2,58% – sunt depistate în zona I. Rata letalității: I zonă – 0,64% cazuri, a II-a zonă – 3,87%, a III-a zonă – 15,48 % și zona mixtă – 21,93% cazuri.

Datele letalității, din lotul de studiu, repartizarea zonală cantitativă și modul de răspândire a hematomului retroperitoneal în retroperitoneu (tabelul 1) corespund cu datele literaturii de specialitate, [1, 3-7].

Tabelul 1

Datele privind zonele de răspândire a hemoragiilor retroperitoneale în lotul de studiu.

Zona anatomică HR	Nr. pacienților	Nr. decedaților
Zona I	4	1
Zona I	4(2,58%)	1 (0,64%)
II stâng	9	3
II drept	5	1
II bilateral	2	2
Zona II	16(10,32%)	6(3,87%)
III	27	10
III stâng	23	5
III drept	24	9
Zona III	74(47,74%)	24(15,48%)
I, II stâng	2	2
I, II bilateral	1	
II bilateral, III stâng	10	5
II bilateral, III drept	6	2
II stâng, III drept	1	1
II drept, III stâng	1	
II drept, III.	4	4
I, III	7	4
I stâng, III	1	
II stâng, III	9	4
II drept, III	5	1
I drept, III drept	1	1
I, II, III stâng	1	1
I, II, III drept	2	1
I, II drept, III	2	2
II bilateral, III	6	4
HR total	2	2
Zonele mixte: I, II, III	61(39,35%)	34(21,93%)
Total	155(100%)	65(41,93%)

Conform datelor din tabelul 1, la pacienți lezarea zonei II este înregistrată atât pe stânga, cât și pe dreapta: lezări ale rinichilor și spațiului paranefral au fost constatate în 58 cazuri. Analiza traumatismului din zona II la pacienții noștri a demonstrat lipsa veritabilă a diferenței în rata mortalității și a frecvenței independenței de zona renală în funcție de localizarea la stânga sau la dreapta. În caz de traumatism grav al zo-

nei II, cu răspândirea bilaterală a hemoragiei, letalitatea crește. Aceeași analiza privind despre localizarea preferențială a hematomului retroperitoneal în flancul drept sau stâng a fost efectuată pentru întregul lot de studiu și în toate zonele de localizare (tabelul 2). Au fost determinate: procese bilaterale, fără avantaje de răspândire a procesului de la flancul stâng/drept, depistat în 20,64% din cazuri, cea mai mare parte din ele sunt traumatismul masiv bilateral la nivelul rinichilor și al regiunii pelviene, cu o letalitate sporită [1, 3-7].

Tabelul 2

Zonele depozitării hemoragiilor retroperitoneale în funcție de răspândirea hemoragiei pe flancul abdomenului stâng/drept.

Zona anatomică HR	Nr. pacienților (nr. deceselor)	Răspândirea HR (nr. deces)		Răspândirea HR fără vector
		dreapta	stânga	
Zona I	4(1)	4(1)		
Zona I	4(1)	4(1)		
II stâng	9(3)		9(3)	
II drept	5(1)	5(1)		
II bilateral	2(2)			2(2)
Zona II	16	5(1)	9(3)	2(2)
III	27(10)		13(9)	14(1)
III stâng	23(5)		23(5)	
III drept	24(9)	24(9)		
III	74(34)	24(9)	36(14)	14(1)
I, II stâng	2(2)		2(2)	
I, II bilateral	1			1
II bilat, III stâng	10(5)		10(5)	
II bilat, III drept	6(2)	6(2)		
II stâng, III drept.	1(1)		1(1)	
II drept, III stâng	1		1	
II drept, III	4(4)	4(4)		
I, III	7(4)			7(4)
Istâng, III	1		1	
Istâng, III	9(4)		9(4)	
IIdrept, III	5(1)	5(1)		
Idrept, III-drept	1(1)	1(1)		
I, II, III stâng	1(1)		1(1)	
I, II, III drept	2(1)	2(1)		
I, II drept, III	2(2)	2(2)		
II bilateral, III	6(4)			6(4)
HR total	2(2)			2(2)

Zonele I, II, III	61(34)	20(11)	25(13)	16(10)
Total	155-	53-	70-	32-
Deces	100%	34,19%	45,16%	20,64%
	(65- 41,93%)	(22- 14,19%)	(30- 19,35%)	(13- 8,38%)

Direcția și distribuția procentuală a hemoragiilor în retroperitoneu pe flancuri, răspândirea zonală a hematomului retroperitoneal, luând în considerație morbiditatea și letalitatea, sunt reprezentate schematic în figurile 1, 2.

Am analizat influența factorilor diverși asupra volumului lezat, zonei de răspândire a hematomului retroperitoneal și prognosticului. Rolul decisiv în prognosticul nefavorabil la traumatizați le revine nu numai lezărilor organelor, dar și cantității sângelui revărsat. Pierderea sangvină este una dintre principalele cauze de deces al pacienților cu leziuni traumatiche, care provoacă anemie severă, dereglări de hemodinamică și sindromul hemoragiei acute. În hemoragiile masive în retroperitoneu, țesutul conjunctiv-adipos se îmbibă ca un burete și depozitează sângele. Ca urmare, în cele mai multe cazuri sângele disipează din țesutul adipos. În rezultatul resorbției hematomului, în circulația sangvină se lansează toxine, agravând reacția sistemică inflamatorie a organismului la traumatism, complicând starea pacienților [2, 7-9]: acesta este al doilea factor advers care acționează asupra pacienților. Volumul de sânge revărsat și cantitatea zo-

nelor anatomice implicate ale țesutului adipos retroperitoneal sunt factorii de bază care determină riscul dezvoltării insuficienței poliorganice, complicațiilor septice etc., ca urmare influențând tratamentul și letalitatea [1-5, 10].

Analiza datelor clinice și experimentale cu privire la modul de răspândire a hemoragiilor retroperitoneale ne-a condus spre concluzia că nu există limite dure între țesutul retroperitoneal. Tot țesutul retroperitoneal, pornind de la diafragmă și terminându-se în bazinul mic, este o singură structură retroperitoneală [1, 3, 4, 9], divizată în fascii slab diferențiate, spații separate. Așadar, fascia renală este formațiunea cea mai densă a structurii, care îndeplinește o funcție de barieră, reținând răspândirea procesului dint-un strat în altul, dintr-o parte pe partea opusă [1, 3, 4]. În cazul hemoragiilor în spațiul pararenal, chiar dacă parenchimul rinichilor este deteriorat, cu cantități semnificative de hemoragie, fascia renală reține sângele revărsat într-un spațiu limitat, având efect hemostatic și de tamponare. La studiul patomorfologic hemoragiile din spațiul pararenal mai frecvent se depistau în limitele capsulei adipoase pararenale; în caz de leziuni considerabile în regiunea dată răspândirea hemoragiei a fost observată în spațiul postrenal și cel retroperitoneal. Direcția inițială de răspândire a hemoragiei determină localizarea finală a acesteia.

Distribuția hemoragiei retroperitoneale pe partea opusă de la locația inițială nu a fost stabilită. În cazurile de localizare bilaterală a procesului stânga/

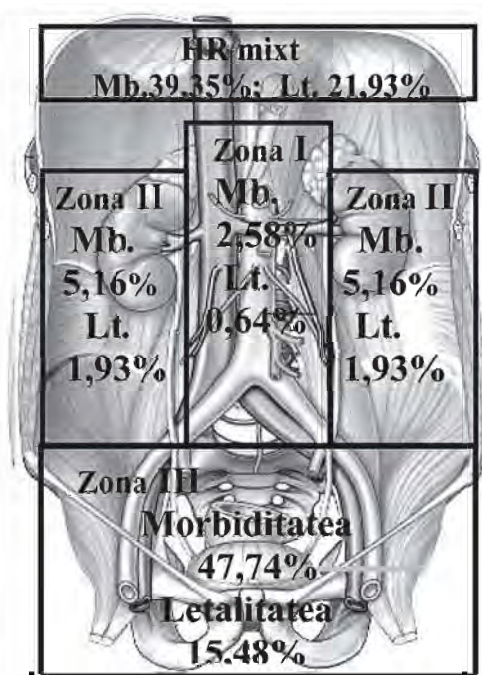


Fig. 1. Hematom retroperitoneal: distribuția zonală a morbidității, letalității.

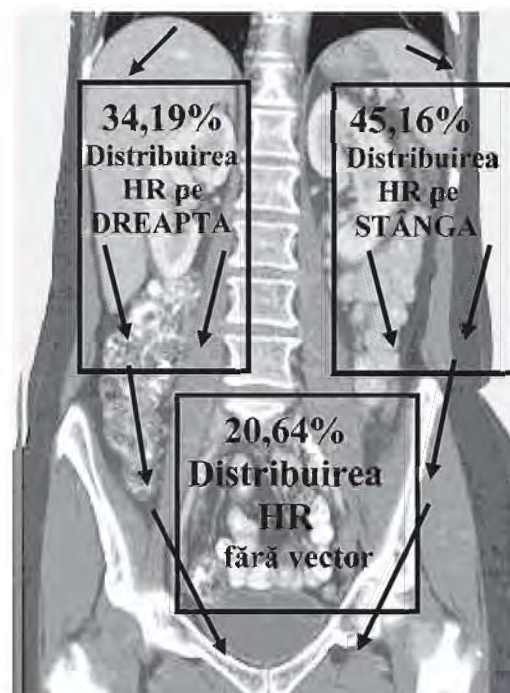


Fig. 2. Distribuția hematomului retroperitoneal, flancul stâng/drept.

dreapta (tabelul 1), lezări de diferite grade au fost înregistrate din ambele părți. Excepție fac cazurile de lezări asociate ale aortei și altor organe, unde este posibil de a identifica sursa lezării, dar este imposibil de a stabili în mod clar traseele de răspândire în anumite zone.

Rolul decisiv în numărul de zone implicate în răspândirea hemoragiilor în spațiul retroperitoneal îi revine puterii de impact a lezărilor, fiind maximală în catatraumatisme, apoi în accidente de circulație. În traumatismele însoțite de hemoragie retroperitoneală totală se determină o mortalitate înaltă [1, 3-7, 10].

Lezările în proporții mari și hemoragiile din spațiul retroperitoneal, care includ mai multe zone anatomice, sunt factori de risc pentru prognosticul nefavorabil, indiferent de partea deteriorată. Starea gravă a pacienților este determinată de gradul leziunilor, de volumul hemoragiei și de alți factori, dar nu depinde de partea – stângă sau dreaptă – a răspândirii hemoragiei retroperitoneale. O diferență semnificativă privind răspândirea hemoragiilor pe stânga sau pe dreapta, în funcție de vârstă și de sex, nu este depistată.

Hemoragia din flancul stâng al abdomenului (45,16%) a fost observată de 1,32 ori mai frecvent decât în zona dreaptă (34,19%). Deși această diferență nu a fost semnificativă, în conformitate cu literatura de specialitate, această distincție se observă în toate procesele patologice retroperitoneale [3, 6, 8, 9], fiind asociată cu particularitățile structurilor anatomice retroperitoneale pe stânga/dreapta [9].

S-a constatat că calea de răspândire a sângelui în retroperitoneu pe țesutul adipos din spațiul anterior pararenal, spațiul adipos perirenal → în spațiul pararenal posterior, cu răspândirea pe flancurile abdominale în canalele laterale pe dreapta/stânga → în bazinul mic este calea “clasică” în traumatismul organelor și vaselor situate retroperitoneal: duoden, pancreas, rinichi etc.

Concluzii. Analiza datelor a demonstrat că TC și laparotomia sunt metodele cele mai informative pentru depistarea localizării zonale și a căilor de răspândire a hemoragiilor retroperitoneale posttraumatice. Lezările în proporții mari și hemoragiile din spațiul retroperitoneal, care includ mai multe zone anatomice, sunt factori de risc pentru prognosticul nefavorabil, indiferent de partea deteriorată.

Datele obținute în lotul de studiu privind letalitatea, distribuția cantitativă zonală și căile de răspândire a hemoragiilor în retroperitoneu corespund datelor literaturii.

Bibliografie

1. Daly K.P., Ho C.P., Persson D.L. *Traumatic Retroperitoneal Injuries: Review of Multidetector CT Finding*. Radiographics, 2008; 28(6):1571- 1590.

2. Feliciano D.V.; Mattox K.L.; Moore E.E. *Trauma, 6th Edition*. McGraw-Hill, 2008; 1381 p.

3. Ishikawa K., Tohira H., Mizushima Y., Matsuoka. *Traumatic retroperitoneal hematoma spreads through the interfascial planes*. J. Trauma, 2005; 59(3): 595–608.

4. Lee S.L., Ku Y.M., Rha S.E. *Comprehensive reviews of the interfascial plane of the retroperitoneum: normal anatomy and pathologic entities*. Emerg Radiol., 2010; 17(1): 3-11.

5. Selivanov V., Chi H.S, Sheldon G.F. *Mortality in retroperitoneal hematoma*. J Trauma, 1984; 24(12):1022–1027.

6. Willmann J.K., Roos J.E., Platz A. *Multidetector CT: detection of active hemorrhage in patients with blunt abdominal trauma*. Am. J. Roentgenol., 2002; 179(2):437-444.

7. Ермолов А.С., Абакумов М. М., Соколов В.А. и др. *Структура госпитальной летальности при сочетанной травме и пути ее снижения*. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова, 2006; 9: 16-20.

8. Молигословов А.Б., Ерамишанцев А. К., Маркаров А. Э. *Диагностическая и лечебная тактика при травме двенадцатиперстной кишки*. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова, 2004; 8: 46–51.

9. Попова Е.Ю., Кузнецов Н.А., Владимиров В.Г. и др. *Поражение забрюшинной клетчатки при деструктивном панкреатите*. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова, 2004; 8: 52-55.

10. Пронін В.О. *Оптимізація хірургічної тактики при ушкодженнях органів заочеревинного простору, ускладнених заочеревинною гематомою*: Автореф. дис. канд. мед. наук, Харків, 2003; 20 с.

Rezumat

A fost efectuată analiza investigațiilor și a tratamentului a 155 de pacienți cu traumatism pelvioabdominal, complicat cu hemoragie retroperitoneală. Pe baza datelor tomografiei computerizate, intervențiilor chirurgicale și expertizei medico-legale a 65 (41,93%) de cadavre, au fost stabilite zonele anatomice de formare și căile de răspândire a hemoragiilor retroperitoneale în spațiul retroperitoneal, fapt foarte important în alegerea conduitei tratamentului chirurgical pentru acest grup de pacienți.

Summary

The analysis of examination and treatment of 155 patients with pelvio-abdominal trauma complicated by retroperitoneal hemorrhage was performed. Based on computed tomography, surgery and necropsy data of 65(41,93%) dead, the anatomical zones of formation and ways of spread of retroperitoneal hemorrhage in the retroperitoneal space were established, which is important when choosing a surgical treatment for this group of patients.

Резюме

Был проведен анализ обследования и лечения 155 больных с травмами живота и таза, осложненными забрюшинным кровотечением. На основании компьютерной томографии, результатов хирургических

вмешательств и паталого-анатомического исследования 65 (41,93%) трупов, были определены области формирования и пути распространения кровотока в забрюшинном пространстве, что важно при выборе тактики оперативного вмешательства у пациентов этой группы.

TUBERCULOZA INTESTINALĂ COMPLICATĂ (Revista literaturii. Caz clinic)

Romeo Șcerbina, conf.dr.

Gheorghe Ghidirim, academician

Eugen Capcelea, Vladimir Manea, Sergiu Galben
USMF „Nicolae Testemițanu”, Catedra de Chirurgie
nr.1 „Nicolae Anestiadi”, CNȘPMU

Etiologie și patogenie. Factorul determinant al tuberculozei intestinale este, obișnuit, *Mycobacterium tuberculosis* (bacilul Koch), frecvent întâlnit în tuberculoza secundară, și mai rar *Mycobacterium bovis*, de obicei agentul etiologic al tuberculozei intestinale primitive. Se întâlnește mai frecvent între 20 și 50 de ani, de asemenea la copil și foarte rar la vârstnici. Din punct de vedere patogenetic, tuberculoza intestinală poate fi mai rar primitivă (aproximativ 10%) și, de obicei, secundară: 1) tuberculoza intestinală primitivă este consecința infectării cu bacilul Koch bovin; 2) în absența unei leziuni pulmonare, care ajunge în intestin, odată cu consumul unor alimente (lapte, carne etc.) contaminate, determinând leziunea intestinală; 3) în tuberculoza intestinală secundară bacilul Koch, cantonat la nivelul unei leziuni pulmonare, ajunge în intestin cu sputa înghițită, trecând prin stomac fără a fi afectat, deoarece este protejat de structura capsulei sale; se localizează pe intestin, penetrând mucoasa mai ales în zonele bogate în glande limfoide și releuri ganglionare, precum și cu o oarecare modificare a circulației sangvine, însoțită de stază.

Aceste condiții sunt întrunite de segmentul ileocecal, acolo unde se localizează de obicei (50% din cazuri). La acest nivel se creează un proces inflamator, iar microbul pătrunde în submucoasă, determinând leziuni tipice tuberculoase. Oricare segment intestinal poate fi afectat, dar localizarea ileocecală este cea mai frecventă. Alte localizări, în ordinea incidenței, sunt: colon, jejun, apendice, duoden, stomac, esofag, sigmoid și rect. Propagarea se poate face și pe cale sangvină, în cursul unei bacteriemii, fixarea microbului putând avea loc la diferite niveluri pe intestin, determinând leziuni tuberculoase speci-

fice. Rareori tuberculoza intestinală este secundară unei localizări de vecinătate: genitală, mezenterică, peritoneală, când calea de propagare este limfatică. Existența afecțiunilor inflamatorii intestinale sau de vecinătate (enterite cronice, anexite cronice, apendicite etc.) constituie factori favorizanți ai bolii.

Anatomia patologică. Leziunea specifică este reprezentată de foliculul tuberculos, care poate avea aspecte variabile, de la granulații tuberculoase la tuberculom. Evoluția locală a acestei leziuni poate determina 3 categorii morfologice:

1) *Tuberculoza ulcerativă*, cea mai frecventă (60%). În această formă se constată ulceratii multiple, de formă lenticulară, ovalară sau poliedrică, situate transversal sau longitudinal pe axul intestinului, de obicei pe partea terminală a ileonului și/sau cecoascendent, ale căror margini sunt pline de granulații. Arterele de la nivelul ulceratiilor au un proces de endarterită obliterantă, ceea ce explică raritatea hemoragiilor. Ganglionii mezenterici din vecinătate și peritoneul sunt prinși în proces.

2) *Forma hipertrofică sau sclerolipomatoasă* realizează tuberculomul hipertrofic Dieulafoy, care constituie o adevărată tumoră, mimând un carcinom. Localizarea cea mai frecventă este regiunea ileocecală. Tumora, de dimensiuni variabile, are o suprafață neregulată, alungită vertical, urcă pe colonul ascendent. Formațiunea este mult timp mobilă, favorizând astfel extirparea sa chirurgicală. Mucoasa este hipertrofiată, prezentând rareori ulceratii. Caracteristic acestei forme este procesul sclerolipomatos, ce invadează toate tunicile intestinale, mai ales ale cecului. Pe secțiune peretele este gros, de câțiva cm, cu puncte cazeoase, care invadează mai mult submucoasa decât mucoasa. Leziunea intestinală creează un adevărat canal neregulat, constituind o cauză de ocluzie intestinală.

3) *Forma ulcerohipertrofică* (30%) sau *enteroperitoneală* se caracterizează printr-o reacție peritoneală importantă, care formează un plastron. La nivelul mucoasei se deschid numeroși foliculi tuberculoși care, prin confluență, determină ulceratii întinse. Plastronul format are aspectul unui bloc fibrocazeos, neregulat, care poate abceda, determinând fistule în regiunile lombară, inghinală, în intestin, colon etc. Uneori se formează un flegmon postercoral cu tendință rapidă spre fistulizare, fie într-un organ vecin, fie în regiunea inghinală, periombilicală sau pe piele. În cazul localizării pelvine a plastronului, fistulizarea are loc fie în cavitatea abdominală, în rect la bărbat, fie în vagin, coexistând cu o tuberculoză a organelor genitale interne la femeie.

4) *Forma stenoizantă* începe, de obicei, printr-un proces scleros în submucoasă, localizat mai ales pe porțiunea terminală a ileonului. În localizările mul-